UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 397

RÉSULTAT OPÉRATOIRE

DE

DEUX CENTS OBSERVATIONS

De Végétations Adénoïdes

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Janvier 1901

Par A. RABAT

Noms des Examinateurs : MM. JEANNEL, *Président*. AUDRY, CESTAN, SOULIÉ — *Assesseurs*.

TOULOUSE

LIBRAIRIE GIMET-PISSEAU

66, RUE GAMBETTA, 66

1901

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546521_0043

RÉSULTAT OPÉRATOIRE

DE

DEUX CENTS OBSERVATIONS

DE VEGÉTATIONS ADÉNOÏDES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 397

RÉSULTAT OPÉRATOIRE

DE

DEUX CENTS OBSERVATIONS

De Végétations Adénoïdes

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Janvier 1901

Par **A. RABAT**

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. JEANNEL, *Président*
AUDRY
CESTAN
SOULIÉ
Assesseurs.

TOULOUSE

LIBRAIRIE GIMET-PISSEAU

66, RUE GAMBETTA, 66

1901

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✲, ✪ I.
Assesseur	DUPUY, ✪ I

PROFESSEURS.

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe	PENIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✪ I. MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FREBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS.

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ
Physique	MARIE. ✪ A.
Chimie	GÉRARD.
Histoire naturelle	SUIS
Médecine légale	GUILHEM.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE, ✲.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✲, ✪ A.
Cours élémentaire aux Sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	GÉRARD.
Physique	N...
Pharmacie	N...

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891.)

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Marguerite RABAT

A MES PARENTS

A MES AMIS

RÉSULTAT OPÉRATOIRE

DE 200 OBSERVATIONS DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

La question des végétations adénoïdes est bien connue depuis quelques années. L'examen du naso-pharynx rendu très facile avec la rhinoscopie postérieure découverte par Czermak, a permis aux spécialistes de suivre leur évolution et de leur rattacher d'une manière absolument précise un faisceau de symptômes qui jusque là avaient paru disparates. Divers auteurs en ont donné des descriptions classiques.

En choisissant ce sujet, nous n'avons pas eu la prétention d'ajouter quoi que ce soit de nouveau à ce qui a été dit. Le fait acquis ne se discute pas. Mais certains points de détail divisent encore quelques praticiens. Dans la question du traitement, il existe quelques divergences qui ont leur intérêt, et c'est surtout dans ce sens que nous avons dirigé nos efforts pour prendre part à la discussion et porter un témoignage en faveur de ce que nous croyons vrai.

Nous ferons donc une étude très sommaire des végétations adénoïdes, pour en arriver au chapitre du traitement où nous exposerons certaines règles pratiques qui auront trait à :

1° L'anesthésie ;

2° La technique opératoire ;

3° Les soins préliminaires et consécutifs.

Suivra un tableau d'ensemble comprenant 200 observations dans lesquelles les règles exposées ont été suivies.

En quelques mots, nous signalerons les remarques les plus intéressantes que nous suggère cette statistique, sans nous livrer toutefois au travail d'analyse que comporterait son importance.

Il ne restera plus qu'à tirer des conclusions.

Avant de commencer notre sujet, nous nous faisons un devoir de remercier sincèrement M. Escat, qui nous a inspiré notre sujet de thèse et qui s'est mis à notre entière disposition pour nous guider dans ce travail. Nous sommes heureux de nous acquitter publiquement de cette dette de reconnaissance.

Nous exprimons à M. le professeur Mossé notre profonde gratitude pour l'attention toute particulière qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études médicales. Nous n'oublierons pas les bons et judicieux conseils dont il a semé son enseignement hospitalier sur la pratique difficile de la médecine.

Nos remerciements aussi à M. le professeur Jeannel, dont nous avons suivi le service avec assiduité. Nous sommes sûr d'avoir puisé auprès de lui des notions solides et utiles, qui nous serviront dans l'exercice de notre profession. Merci de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A nos maîtres de la Faculté de médecine de Toulouse, MM. les professeurs Audry, Bézy, Frenkel, Cestan, Soulié, nous présentons nos hommages respectueux pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours reçu et le soin qu'ils ont mis à nous instruire.

ÉTUDE SUR LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Définition. — Les végétations adénoïdes sont caractérisées par l'hypertrophie chronique de l'amygdale pharyngée. Cette amygdale occupant la voûte du naso-pharynx avait été entrevue par Winslow (1732) et par Santorini (1775). Bien décrite en France par la Caucherie (1853), en Allemagne par Luschka (1868), elle a été l'objet d'une étude très sérieuse et très complète de la part de Killian, en 1888. Escat dans sa thèse (1894) portant sur l'étude de quarante-deux pièces anatomiques, a précisé son évolution et ses diverses transformations.

Au même titre que les amygdales palatines et linguale, dont elle partage les fonctions, l'amygdale pharyngée peut s'hypertrophier et nous voyons par là que la végétation adénoïde n'est qu'une localisation de l'adénoïdite chronique hypertrophique.

Cet organe se développe progressivement de 1 à 14 ans, où il atteint son maximum. Dans cette période, son épaisseur varie de 4 à 6 millimètres. Mais à ce

maximum succède un travail de régression normale qui le réduit jusqu'à complète disparition, vers l'âge de 20 ans.

A partir de 20 ans, tout reliquat peut être qualifié de végétation.

On ne doit donc pas négliger l'âge du sujet pour juger de l'hypertrophie de cette amygdale.

Historique. — Nous nous contenterons de citer les auteurs qui se sont occupés le plus récemment de cette question.

Meyer, de Copenhague, dans une étude basée sur cent deux observations avec examen histologique, en a donné une description absolument classique (1873-74).

On peut consulter : la thèse de Chatellier (1886) ; le travail de Sallard sur l'hypertrophie des amygdales dans la bibliothèque Charcot-Debove ; Ruault, dans le traité de médecine Charcot et Bouchard ; Castex, dans son ouvrage sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles ; Lermoyez, dans sa thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal ; Helme, dans son rapport sur le traitement des végétations, à la Société française de laryngologie (1886) ; Escat, dans son Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologi-

que a été faite en France par Cornil, Chatellier, Ruault et Gombault, Brindel.

Nous dirons un mot de ces lésions d'après les recherches histologiques de Brindel :

Dans l'hypertrophie chronique de l'amygdale pharyngée, on trouve une prolifération de l'épithélium cylindrique, à cils vibratiles, qui tapisse la surface de l'amygdale. Au lieu d'être unique, il devient stratifié. L'épithélium des cryptes est presque toujours respecté.

Au-dessous, le tissu adénoïde hypertrophié est noyé dans un réseau fibrillaire contenant de nombreux éléments lymphatiques (Ruault).

Les organes glandulaires sont relégués dans les parties profondes et leur mucus s'écoule difficilement au dehors.

Parfois même les parois cryptiques se soudent entre elles par un travail d'inflammation et forment des poches enkystées remplies de matière caséeuse.

Le tissu fibreux siège surtout à la base de la végétation.

Etiologie. — L'étiologie des végétations adénoïdes est restée très obscure jusque dans ces dernières années ; cette étiologie se confond, bien entendu, avec celle des granulations lymphoïdes de la paroi postérieure du pharynx et de l'hypertrophie des amygdales palatines et linguales qui constituent, comme les végétations,

de simples localisations d'un processus commun : l'adénoïdite hypertrophique chronique.

Cette adénoïdite chronique peut, comme on le sait, s'étendre à l'anneau de Waldeyer tout entier ou rester limitée à un de ses départements.

Or, deux facteurs semblent entrer en cause dans l'étiologie de l'adénoïdite chronique ; l'un infectieux, l'autre constitutionnel (Escat).

1° Pour démontrer le rôle de l'élément infectieux, il nous suffira de faire remarquer que l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx se développe souvent, et même avec une certaine rapidité, sous l'influence des infections spécifiques : rougeole, grippe, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, syphilis secondaire.

Les observations ont maintes fois signalé la manifestation presque subite de l'hypertrophie adénoïdienne pendant la convalescence de ces maladies.

Mais à côté de ces infections spécifiques, il en est bien d'autres non spécifiques qui semblent jouer le même rôle et qui peuvent être incriminées au même titre : ce sont les affections catharrales banales, les coryzas aigus répétés, les rhino-pharyngites diffuses, les amygdalites palatine ou pharyngée (adénoïdite aiguë), états cliniques si souvent observés dans les antécédents des enfants porteurs d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes.

Ruault et Le Gendre ont insisté sur le rôle des poussées aiguës paroxystiques dans l'évolution de l'hyper-

trophie des amygdales; or, ces poussées aiguës d'adénoïdite s'observent également au cours de végétations adénoïdes.

Il est classique de considérer les épisodes aigus comme symptômes des végétations; si cliniquement on a raison, scientifiquement on a tort. Car les poussées paroxystiques, fonction de microbisme latent d'un tissu adénoïde jadis infecté, sont précisément la cause de l'hyperplasie. Ce qui le prouve, c'est que chaque poussée paroxystique marque une étape dans le processus hypertrophique, laissant après elle l'organe plus développé.

Les agents septiques observés dans les végétations chroniques sont le pneumocoque, le staphylocoque, le tétragène et le streptocoque. Ce dernier surtout s'observe fréquemment, ce qui a fait dire à Achalme que la gorge était le quartier général du streptocoque.

2° Mais l'élément infectieux n'est pas seul à incriminer dans le développement des végétations. L'état constitutionnel a également une influence. Cette influence est surtout manifeste dans les familles d'adénoïdiens.

Tous les laryngologistes ont été frappés de la facilité avec laquelle le tissu adénoïde s'hypertrophiait sur certains terrains à l'occasion des infections gutturales les plus bénignes, tandis qu'il ne subissait pas la moindre hyperplasie chez certains autres.

Il paraît évident que le tempérament lymphatique favorise l'hypertrophie du tissu adénoïde. L'hérédité du lymphatisme explique ainsi, sinon l'hérédité des

végétations, du moins celle du terrain favorable à leur évolution.

En résumé, nous dirons que l'hypertrophie de la troisième amygdale est le reliquat d'une infection adénoïdienne spécifique ou non spécifique, à marche subaiguë, paroxystique ou chronique et que cette affection semble avoir pour terrain de prédilection le tempérament lymphatique.

Quand à la nature tuberculeuse des végétations, nous croyons qu'elle est assez rare. Dieulafoy donne comme proportion 20 %; mais cette fréquence, basée sur des expériences d'inoculation à des animaux, tient certainement à une erreur expérimentale. Les fragments inoculés renfermaient, il est vrai, le bacille de Koch, puisqu'ils ont donné la tuberculose, mais ils ont pu être simplement bacillifères et non bacillaires.

Lermoyez donne d'après sa statistique le chiffre de 1 sur 75.

A notre avis, la proportion est encore moindre (Escat).

Symptômes. — Nous étudierons la symptomatologie sur un sujet de 3 à 8 ans, ce qui est le cas le plus ordinaire.

Les deux symptômes qui frappent le plus sont : les troubles de la respiration nasale et les troubles de l'audition.

Troubles respiratoires. — L'insuffisance nasale

est causée par l'obstacle mécanique qui siège dans la cavité du naso-pharynx. L'air ne peut pas circuler librement par le nez et pour y suppléer l'enfant respire la bouche ouverte. Après une course, un effort, cette gêne se traduit par l'essoufflement. Pendant le sommeil la bouche est toujours béante et la respiration bruyante.

Parfois l'enfant se réveille en sursaut ; car non seulement il y a manque d'air, mais cet air vicié par l'excès d'acide carbonique produit un état sub-asphyxique : l'anoxhémie. On peut même observer de la cyanose et des sueurs profuses avec refroidissement des extrémités.

Troubles de l'audition. — Les troubles de l'ouïe trouvent leur explication dans les rapports étroits qui existent entre l'amygdale pharyngée hypertrophiée et le pavillon des trompes. L'organe augmenté de volume peut obturer plus ou moins complètement leur ouverture et dès lors l'équilibre entre l'air extérieur et celui du conduit tubo-tympanique se trouve compromis. De là les bourdonnements, la surdité passagère ou tenace accusés par les malades.

A ces troubles mécaniques peuvent s'ajouter des phénomènes congestifs et inflammatoires par propagation, créant parfois des complications sérieuses.

Troubles de la phonation. — La phonation est aussi atteinte. Les consonnes et les diphtongues nasales sont supprimées, l'onde vocale ne trouvant plus sa

résonnance nécessaire dans le naso-pharynx et les fosses nasales obturés.

Elles sont remplacées par des labiales ou des dentales. C'est la stomatolalie fermée opposée à la rhinolalie ouverte, symptôme de la paralysie du voile du palais où il y a, au contraire, excès de résonnance

Troubles sensoriels. — L'odorat et le goût sont sensiblement diminués.

Troubles réflexes. — On note encore :

1° De la toux quinteuse souvent nocturne ;

2° Des accès de laryngite striduleuse (Moure-Coupard) ;

3° Des accès de spasme glottique (Ruault).

Et d'autres phénomènes nerveux qui, comme la chorée, les attaques hystériformes, l'incontinence d'urine sont peut-être la manifestation d'une tare nerveuse réveillée par les végétations.

L'enfant accuse parfois de la céphalée frontale ; il est inactif, mou pour son âge ; son état mental dénote de la torpeur intellectuelle qui lui rend tout travail fatigant et pénible.

Son état général exprime la langueur et la lassitude.

Signes physiques. — *Facies* : l'adénoïdien offre un masque caractéristique permettant bien souvent de porter le diagnostic à distance,

Voici le tableau que nous empruntons à Escat (1).

« La bouche est constamment demi ouverte, la lèvre supérieure retroussée en accent circonflexe, laisse voir les incisives supérieures ; l'inférieure est inerte. Les pommettes sont peu saillantes, les joues pendantes, les ailes du nez atrophiées et immobiles, les sillons naso-géniens effacés ; la racine du nez est souvent empâtée, comme œdémateuse, le front est parfois parcouru de veinules bleuâtres. Le teint est pâle et blafard, la physionomie hébétée et le regard sans expression. »

L'enfant est inattentif aux questions qu'on lui pose et lorsqu'il répond sa parole est brève, lente et monotone.

Déformations des fosses nasales et des sinus. — Les stigmates physiques que nous venons de décrire relèvent en grande partie du défaut de développement des fosses nasales et des sinus, lorsque les végétations remontent à plusieurs années. Ces organes ne fonctionnant pas restent rudimentaires et subissent parfois dans leur conformation des altérations qui augmentent l'atrésie. De là cet affaissement des ailes du nez, des joues, des régions sourcilières.

---

(1) Cette citation et les suivantes sont extraites de l'ouvrage que vient de faire paraître M. le docteur Escat sur le traitement médico-chirurgical des maladies du pharynx, auquel nous avons fait d'ailleurs de nombreux emprunts.

Déformations palatines. — La voûte palatine participe aussi de cette mauvaise évolution ; elle s'élève, diminue de largeur, s'excave profondément et rappelle une nef gothique.

Ataxie et déformations dentaires. — Le maxillaire supérieur trop petit pour contenir toutes les dents, les serre les unes contre les autres et les force pour se développer à chevaucher et à se dévier.

Déformations thoraciques. — Ces déformations rapportées à tort à l'hypertrophie des amygdales palatines ont été reliées à leur véritable cause : les végétations adénoïdes (Chatellier, Balme, Grancher, Redard et Phocas).

Il existe deux types :

I. Type Robert, à dépression verticale, caractérisé par un aplatissement latéral des côtes tenant à un défaut de courbure et projetant le sternum en avant (thorax en carène).

II. Type Lambron, à dépression horizontale, caractérisé par un aplatissement circulaire du thorax au niveau des insertions diaphragmatiques, comme s'il était comprimé par un anneau (thorax en sablier).

Pathogénie des déformations. — Le même mécanisme qui rend compte des déformations des voies respiratoires supérieures peut aussi s'appliquer au sque-

lette du thorax et expliquer ses malformations par tirage chronique.

Mais certains auteurs (Balme-Phocas), s'appuyant sur la fréquence relative de ces lésions chez les dégénérés héréditaires et les rachitiques, ont voulu les classer dans le même cadre nosographique que les dystrophies de ces derniers. L'analogie, en effet, est parfois frappante, mais on peut, la plupart du temps, reconnaître leur autonomie à certains traits particuliers.

Nous allons en dire un mot :

Diagnostic des déformations. — Les déformations des adénoïdiens offrent ce caractère essentiel d'être systématisées à un territoire physiologique déterminé : au squelette respiratoire (Escat). Les fosses nasales, les sinus maxillaires, frontaux et ethmoïdaux rentrent, au même titre que la cage thoracique, dans ce territoire. Ils peuvent donc être déformés, mais c'est à l'exclusion du squelette crânien qui est respecté. La déformation est extra-crânienne, simplement faciale.

Le prognathisme inférieur tient, non pas à l'hypertrophie du maxillaire inférieur, mais à l'atrophie du maxillaire supérieur.

Les troubles dystrophiques du rachitisme, ont pour caractère d'être plus généralisés, d'intéresser l'organisme tout entier et non spécialement cette partie bien limitée : l'appareil respiratoire. Le crâne, le maxillaire

inférieur, le bassin, les membres peuvent être atteints. De plus, il est toujours possible, par une observation attentive, de découvrir quelque stigmate certain de cette maladie : crâne natiforme, front olympien, hypertrophie des bosses pariétales et frontales, des os malaires, chapelet costal rachitique, bassin aplati ou oblique ovalaire, nouures, incurvations des membres, pied varus, genu valgum ou varum.

Dans la dégénérescence héréditaire qu'il faut bien séparer du rachitisme, on trouve aussi des vices d'évolution osseuse rappelant les déformations adénoïdiennes ; mais encore ici on découvrira des stigmates évidents de cette dystrophie : macrocéphalie, microcéphalie, asymétrie faciale, crânienne, palatine ou thoracique ; bec-de-lièvre, déformations du pavillon de l'oreille, absence d'hélix, soudure du lobule, retard dans l'évolution des organes génitaux, pied-bot, transposition des viscères, nanisme.

Donc, pour poser le diagnostic de déformations adénoïdiennes, il faut éliminer ces deux classes de lésions. Mais parfois on se heurte à des cas mixtes où ces maladies sont confondues, et ce sont ces malades qui prêtent à confusion.

D'autant plus qu'à un stade avancé, les végétations adénoïdes non soignées peuvent produire des troubles qui franchissent leur champ ordinaire d'action et envahissent tout le squelette.

Examen local. — Les signes précédents suffisent pour présumer l'existence de végétations adénoïdes ; l'examen local seul peut l'affirmer.

Rhinoscopie antérieure. — Ce procédé donne souvent assez peu de renseignements chez l'enfant. Chez lui, en effet, le défilé des fosses nasales est déjà assez étroit et cette étroitesse est fréquemment augmentée par la rhinite hypertrophique accompagnant presque toujours les végétations. Les mucosités filantes et blanchâtres viennent masquer le champ lumineux.

On doit le faire moucher, si c'est possible, et on peut quelquefois les apercevoir alors sous forme de mamelons brillants gris rosés.

La cocaïne, qui fait rétracter la muqueuse, facilite beaucoup cet examen.

Rhinoscopie postérieure. — C'est le procédé de choix qui donne des renseignements absolument précis.

Avant de le pratiquer, on examine l'oro-pharynx et l'on constate (une fois sur trois, d'après Lermoyez) de l'hypertrophie des amygdales palatines. Chez l'enfant, cette exploration est parfois rendue très difficile à cause de sa peur ou de son indocilité, mais par l'éducation et avec de la patience, on arrive à l'exécuter chez beaucoup.

Chez l'adulte, la cocaïne vient en aide si les réflexes pharyngiens sont trop violents.

Deux formes de végétations : massive ou diffuse.

La première est de beaucoup la plus fréquente.

Escat la divise en trois degrés :

1er degré : La végétation cache simplement l'éperon vomérique ; le bord supérieur arrondi des choanes paraît légèrement tronqué ;

2e degré : La végétation cache la moitié des choanes et ne laisse apercevoir que la queue des cornets inférieurs séparés par la moitié inférieure du bord postérieur de la cloison.

3e degré : La végétation remplit tout le cavum et sa surface repose sur le voile, masquant complètement les orifices postérieurs des fosses nasales.

Dans la forme diffuse, toutes les parois du cavum et sa voûte sont mamelonnées par du tissu adénoïde hypertrophié.

Toucher naso-pharyngien. — On doit exécuter ce toucher lorsqu'on n'a pas pu pratiquer la rhinoscopie postérieure ou qu'elle a donné des renseignements insuffisants (Escat). Dans ces cas, on introduit le doigt derrière le voile du palais de manière à arriver directement sur les végétations. On sent alors comme un paquet de vers qu'il ne faut pas confondre avec des polypes muqueux des choanes ou avec la glande pharyngée elle-même normale. On s'assure aussi de la consistance et du volume des végétations. Il arrive fréquemment de sortir le doigt teinté de sang, car les végétations sont très friables.

Chez l'enfant du premier âge, ce toucher est dangereux à cause de l'étroitesse de l'isthme du gosier. Il est préférable de se servir de la pince qui, bien maniée, sectionne sûrement les productions morbides, s'il en existe, et respecte la muqueuse du cavum si elle est libre.

Complications. — 1° *Pharyngées.* L'angine catarrhale, qui souvent est la cause première de poussées d'adénoïte pharyngée, est entretenue par celle-ci une fois qu'elle est déclarée. De sorte que les adénoïdiens sont prédisposés aux angines aiguës diffuses ou localisées, avec un état presque constant de pharyngite catarrhale chronique.

L'hypertrophie des amygdales palatines ou linguale, peut être considérée comme une localisation différente de la même maladie.

2° *Nasales.* Du côté du nez, on note presque toujours de la rhinite hypertrophique et du coryza à répétition.

3° *Laryngo-bronchiques.* Du côté du larynx, des laryngites ou des laryngo-bronchites.

4° *Auriculaires.* — Ce sont les plus communes et les plus sérieuses.

Par ordre de gravité nous avons : l'obstruction mécanique des trompes qui mérite à peine le nom de complication ;

Le catarrhe propagé à la trompe, la salpingite, source de troubles de l'audition, des bourdonnements

d'oreilles, de la dépression tympanique. Ces symptômes disparaissent après l'opération.

Enfin le catarrhe propagé à l'oreille moyenne, donnant l'otite sèche plus tenace à la thérapeutique et conduisant, si elle persiste, à la sclérose de l'oreille interne.

A ces états chroniques, peuvent s'ajouter des poussées aiguës d'otite moyenne congestive, exsudative ou purulente, provenant de la propagation d'une infection.

Les otorrhées qui persistent toute la vie, ne sont souvent que la conséquence d'une otite moyenne purulente non soignée, sans parler de la mastoïdite, de la trombose des sinus veineux, de l'infection purulente, qui peuvent assombrir le tableau.

La surdi-mutité, relève encore de ces complications.

5° *Ganglionnaires.* — Les ganglions lymphatiques dépendant du réseau naso-pharyngien n'échappent pas à l'infection.

La fièvre ganglionnaire (Comby) avec adénite cervicale en est le premier stade. Elle disparaît, en général, rapidement et sans accidents. Mais l'adénite peut parfois suppurer.

Chez l'enfant du premier âge, on a remarqué l'adénophlegmon rétro-pharyngien.

Marche. — L'évolution des végétations adénoïdes est longue et insidieuse, lorsqu'elles succèdent à des

poussées paroxystiques d'adénoïdite aiguë non spécifique. Celles-ci, en effet, peuvent passer inaperçues, laissant simplement des reliquats qui, en se surajoutant, attirent l'attention deux, trois ou quatre ans après.

Au contraire, après certaines maladies infectieuses (grippe, rougeole, fièvre typhoïde, syphilis), elles évoluent rapidement et sont parfois constituées en quelques semaines.

Une fois formées, les végétations régressent très lentement et jamais complètement, en donnant lieu aux diverses complications dont nous avons parlé.

Elles persistent à l'âge adulte où les cas opérés remontent presque toujours à l'enfance. Les végétations à évolution tardive sont excessivement rares.

Formes cliniques. — Chez l'enfant du premier âge. — Lubet-Barbon en a fait, en 1891, un tableau resté classique.

Le trouble le plus important est l'insuffisance nasale. Les orifices postérieurs des fosses-nasales étant, chez l'enfant, circulaires et très étroits, les végétations n'ont pas de peine à les obstruer complètement.

Cette obstruction est encore augmentée par la rhinite concomitante et par un coryza constant avec secrétion abondante de mucosités, se traduisant par de l'enchifrènement et du jetage nasal.

L'enfant est dans l'anxiété; on entend à chaque

mouvement respiratoire, un râle aigu, produit par le passage difficile de l'air à travers les fosses-nasales, remplies de mucosités et indiquant le tirage nasal.

Ces malades ont aussi une toux quinteuse, coqueluchoïde.

Chez le nourrisson, l'insuffisance alimentaire s'ajoute à l'insuffisance respiratoire, l'une étant la conséquence de l'autre ; chaque fois que l'enfant prend le sein, il suffoque et il est obligé de l'abandonner pour respirer. Cette dénutrition progressive peut en arriver à l'athrepsie adénoïdienne.

Chez l'adulte. — Les fosses-nasales sont ici plus larges, allongées ; la difficulté respiratoire est insensible. Ce sont les phénomènes otiques et vocaux qui tiennent le premier rang. De plus, si les végétations remontent à l'enfance, on découvre des déformations, stigmates de la maladie.

Diagnostic. — L'insuffisance nasale, les troubles de l'audition, de la phonation, le facies adénoïdien, la respiration nocturne bruyante forment, chez l'enfant de 3 à 15 ans, un groupe de symptômes suffisant pour faire penser à l'existence de végétations.

La rhinoscopie postérieure et le toucher naso-pharyngien viennent confirmer les présomptions.

Nous établirons rapidement le diagnostic différentiel entre :

L'amygdalite pharyngée aiguë (adénoïdite). — Les symptômes sont ici plus rapides ; en quelques jours, nous avons le tableau clinique des végétations.

De plus, il y a de la fièvre, de l'angine et du coryza. La rhinoscopie postérieure, rarement possible, fait voir une amygdale hypertrophiée rouge intense ; le toucher donne de la consistance au lieu de la mollesse propre aux végétations.

Les polypes muqueux des choanes. — A la rhinoscopie, ils se différencient par leur surface lisse et une teinte grise translucide.

La rhinite hypertrophique chronique. — Rhinoscopie postérieure et toucher négatifs. On aura recours à la rhinoscopie antérieure.

Nous citerons encore :

L'adéno-phlegmon retro-pharyngien, à évolution rapide et fébrile ;

Le fibrome naso-pharyngien, tumeur dure et résistante au toucher ;

Le sarcome naso-pharyngien, qui s'étend beaucoup plus, produit des douleurs locales, de la dysphagie.

L'épithélioma, tumeur rapidement fongueuse, à exsudat sanieux et fétide, à évolution beaucoup plus tardive.

TRAITEMENT

Prophylaxie. — Les affections catarrhales aiguës de la gorge et du nez (angines, coryza), surtout chez l'enfant lymphatique, doivent être combattues par les pommades nasales et les solutions antiseptiques, en gargarismes. Mêmes soins lorsque ces affections viennent compliquer les maladies infectieuses (rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde).

Impuissance du traitement médical. — Les végétations adénoïdes, une fois constituées, ne relèvent plus que du traitement chirurgical. Il faut les enlever, car aucun moyen médical ne peut les faire régresser ou les résoudre Les guérisons par application de topiques, qu'on a signalées, s'adressent à des cas d'hypertrophie aiguë qui auraient sans doute guéri spontanément. Lermoyez et Brindel, l'un en clinique, l'autre par l'examen microscopique, ont prouvé cette affirmation.

Le traitement thermal ne donne que des résultats momentanés à la belle saison.

Indications du traitement chirurgical. — Chez le nouveau-né : 1° Insuffisance alimentaire ;

2° Difficulté respiratoire intense.

Chez l'enfant : 1° Insuffisance respiratoire nasale ;

2° Troubles de l'audition (surdité par obstruction, otite exsudative à répétition, otite purulente ;

3° Otorrhée, surdi-mutité, troubles de la phonation;

4° Complications laryngées, ou laryngo-bronchiques ;

5° Troubles réflexes (toux quinteuse, spasmes glottiques nocturnes, céphalée) ;

6° Arrêt du développement du squelette, anoxhémie adénoïdienne.

Chez l'adulte : Mêmes indications, mais ici les troubles respiratoires sont plus rares, de même que les troubles réflexes. On trouve plutôt des déformations faciales et thoraciques déjà constituées.

Les indications les plus fréquentes sont :

1° Les complications auriculaires ;

2° Le trouble de la voix chantée ;

3° Le catarrhe naso-pharyngien chronique, accompagné de paresthésie gutturale ou de laryngo-trachéite chronique.

Contre-indications. — 1° Quand l'hypertrophie très légère, ne s'accompagne d'aucun symptôme ;

2° Chez les hémophyles ;

3° Chez les sujets, enfants ou adultes, atteints d'une tare constitutionnelle, tuberculose pulmonaire, cardiopathie, albuminurie, diabète, etc.

Elle doit être ajournée :

1° Quand il existe une poussée aiguë d'adénoïdite ;

2° Quand il y a coexistence d'otite aiguë ou simplement de douleurs d'oreilles faisant pressentir cette dernière ;

3° En cours d'épidémie (rougeole, scarlatine, érysipèle, diphtérie, grippe, etc.).

Anesthésie. — Chez l'enfant au-dessous de 2 ans, l'anesthésie est inutile ; il est d'ailleurs facile à maintenir.

De 2 à 15 ans, anesthésie générale.

Au dessus de 15 ans, l'anesthésie locale à la cocaïne suffit.

Ablation des végétations adénoïdes par le curettage avec l'adénotome.

Nous laissons de côté la description des procédés plus ou moins variés d'ablation des végétations. Cautérisation, arrachement avec des pinces, grattage avec la curette, ablation au serre-nœud.

Nous décrirons la technique suivie dans le service hospitalier d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de médecine de Toulouse, qui est d'ailleurs, à peu de choses près, la plus universellement admise par les spécialistes français et étrangers.

Un mot d'abord sur l'anesthésique employé, le bromure d'éthyle. Ce produit a, sur le chloroforme, plusieurs avantages qui le font préférer.

1° Il a une action rapide et fugace suffisante pour l'opération (Lermoyez), et qui se dissipe facilement ;

2° Il n'a qu'une phase d'excitation inappréciable, n'exposant pas à la syncope initiale (Lermoyez) ;

3° Il est analgésique plutôt qu'anesthésique, les centres encéphaliques sont sidérés avec perte de connaissance ; l'action sur la moelle est plus tardive (Helme) ;

4° Il respecte les réflexes pharyngiens et prévient l'entrée du sang dans les voies respiratoires ;

5° Il provoque de la congestion encéphalique et per-

met ainsi d'opérer l'enfant dans la position assise, position qui facilite l'éclairage de la gorge et le manuel opératoire.

Le chloroforme a les mêmes inconvénients, sans présenter aucun de ces avantages.

Le bromure d'éthyle doit être employé à l'état de pureté parfaite si l'on ne veut pas avoir d'accidents. Il doit être volatil, incolore, d'odeur éthérée.

Il a les mêmes contre-indications que le chloroforme ; avant tout, il faut penser aux lésions cardiaques.

Administration du bromure d'éthyle. — Prenons, entre 2 et 15 ans, un enfant de 6 à 8 ans, cas qui se présente le plus fréquemment.

L'enfant est à jeun; ses vêtements sont dégraffés s'ils serrent trop. Il est assis devant une fenêtre face au jour, de manière à permettre d'avoir au moment voulu, un flot de lumière suffisant pour faire bien voir la gorge.

L'aide qui provoque l'anesthésie, placé derrière, embrasse son cou du bras gauche et tient de la main correspondante un masque en flanelle au fond duquel on place un peu de ouate hydrophile pour absorber tout le bromure versé.

La dose est massive, 5 à 10 grammes, et non fractionnée par gouttes, ce qui serait le plus sûr moyen

d'avoir des accidents asphyxiques sans obtenir l'anesthésie (Sarremone).

Le masque appliqué, l'effet est presque instantané.

« Le patient est habituellement sidéré en moins d'une minute, les conjonctives s'injectent, la face devient vultueuse, les pupilles se dilatent, les muscles entrent en contraction, particulièrement ceux de la nuque qui raidissent la tête sur le tronc, ceux du thorax qui provoquent l'apnée, et les masticateurs qui donnent de la contracture des mâchoires; mais cette phase de contraction est habituellement très courte, elle est suivie, au bout de vingt à quarante secondes, d'une phase de résolution : la respiration se rétablit et devient régulière, la tête fléchit par résolution des muscles de la nuque et les mâchoires se laissent écarter. » (Escat).

Cette résolution complète des muscles de la nuque (signe de Sarremone), indique à l'opérateur le moment précis où il doit opérer. Elle est mise en évidence par les mouvements de flexion et d'extension que l'aide qui endort peut communiquer à la tête.

Le masque est alors retiré rapidement et la tête du patient saisie par les deux tempes est mise en extension, en évitant de gêner les mouvements du maxillaire inférieur.

L'opérateur assis en face, et tenant déjà l'abaisse-langue de la main ganche, l'insinue entre les arcades dentaires et le pousse jusqu'à la base de la langue

pour produire le réflexe nauséeux et faire ouvrir la bouche.

Cette introduction est parfois rendue impossible par la contraction des mâchoires, qui persiste. On a alors recours à l'ouvre-bouche rétro-molaire de Legroux, qu'on enlève dès que l'abaisse-langue est introduit.

Mais dans certains cas, très rares d'ailleurs, cette contracture devient irréductible et peut se compliquer de cynanose et d'apnée.

C'est là une question qui a souvent prêté à discussion et sur laquelle les auteurs ne sont pas bien d'accord.

Plusieurs mettent ce trismus sur le compte d'une administration trop prolongée de bromure.

Voici, à ce sujet, l'opinion d'Escat : « J'ai quelque hésitation, pour ma part, à admettre cette interprétation, ayant remarqué d'une part que le trismus pouvait atteindre son maximum d'intensité dès le début de la narcose et, d'autre part, qu'il suffisait de donner une nouvelle dose de bromure pour le voir cesser; la nervosité excessive du sujet m'a paru être l'unique cause de cette complication. »

En effet, dans les observations que nous présentons, cette contracture s'est produite quelquefois, mais la résolution a toujours été obtenue en poussant plus loin l'anesthésie.

Cet accident qui a eu lieu avec du bromure d'éthyle pur, n'a pas été évité avec le mélange de bromure mitigé par 1/10 d'éther sulfurique, qui a été préco-

nisé pour le prévenir. Deux cas de contracture ont justement coïncidé avec son emploi (Escat).

Manuel opératoire. — La bouche du patient est donc grande ouverte ; le pharynx est bien éclairé.

L'opérateur saisit alors l'adénotome ; c'est le modèle de Moritz-Schmidt qui est le plus employé. Il le fait glisser couché sur l'abaisse-langue jusqu'au niveau de l'isthme du gosier. Là, l'instrument est redressé de manière que le grand diamètre de l'anneau se trouve dans la verticale. L'adénotome vient se loger derrière le voile du palais (premier temps). Le voile est fortement attiré en avant pour permettre à l'anneau de pénétrer entre les végétations et les choanes (deuxième temps).

Par un deuxième mouvement d'ascension, l'anneau vient contre le bord antérieur de la voûte naso-pharyngienne (troisième temps).

Le manche de l'instrument touche à ce moment aux incisives inférieures et les végétations vont s'engager dans le cadre tranchant.

Il s'agit donc, par un mouvement de levier, de raser toute la face postérieure du cavum pour sectionner les végétations (quatrième temps).

La masse médiane, la plus considérable, tombe sur l'abaisse-langue ; d'un coup d'adénotome on l'expulse.

Restent les parties latérales qui n'ont pas été touchées et qui réclament chacune la même manœuvre ;

une fois pour le côté gauche et une fois pour le côté droit.

Pour assurer un nettoyage complet, il est bon de donner quelques coups supplémentaires. En général, c'est le côté gauche qui est le plus difficile à curetter (Lermoyez).

Comment faut-il tenir l'instrument ?

Lermoyez et Castex conseillent de le tenir comme un couteau à découper, l'index étendu sur le manche ; prise solide, permettant de déployer une grande force.

Lubet-Barbon, Ruault, Escat le tiennent comme une plume à écrire, et cette prise offre certainement plus d'avantages que la première.

L'opération réclame, en effet, plus de dextérité que de force. Or, dans la position préférée par Lermoyez, les mouvements de la main sont forcément paralysés, sinon complètement, du moins en partie, parce que l'articulation du poignet se met sous la dépendance du coude et de l'épaule. En outre, les diverses évolutions de l'instrument dans le cavum sont plus difficiles et moins précises.

Dans la position de la plume à écrire, au contraire, la vigueur déployée est bien suffisante pour labourer la muqueuse naso-pharyngienne ; mais en plus, la main bien en possession d'elle-même, sentant bien ce qu'elle fait, adapte mieux et plus rapidement les

mouvements de l'adénotome aux plans du naso-pharynx.

Une fois le curettage fini, on s'assure par le toucher naso-pharyngien, qu'on pratique en mettant l'abaisse-langue en travers des mâchoires, que la cavité est bien libre. S'il reste quelque fragment détaché, mais pendant, on l'enlève à la pince de Chatellier.

Une hémorragie assez abondante accompagne l'opération, par suite de la congestion encéphalique produite par le bromure d'éthyle. Elle est de courte durée et s'arrête généralement avec le réveil. Pour chasser des fosses nasales les caillots de sang, on se sert, dans le service, de la poire de Politzer, avec laquelle on fait une insufflation dans chaque narine, en ayant la précaution de laisser la narine opposée et la bouche ouvertes pour éviter la pression.

Cette pratique, condamnée par Lermoyez comme capable d'introduire du sang dans les trompes, mérite cependant une appréciation moins sévère. On verra par les résultats opératoires obtenus qu'elle offre, au contraire, un caractère de bénignité remarquable.

Ce dont nous ne sommes pas partisan, ce sont les lavages post-opératoires, qui peuvent donner lieu à des complications du côté des oreilles.

Comme nous l'avons vu, il n'est pas non plus d'usage de faire un lavage des fosses nasales et du naso-pharynx avant l'opération ; précaution prise par certains auteurs (Moure, Castex).

On s'attache simplement à obtenir une asepsie rigou-

reuse des instruments et des mains, pour ne pas porter sur la plaie opératoire quelque germe infectieux.

Quant aux lavages antiseptiques, nous les considérons comme inutiles, parce qu'ils sont insuffisants pour nettoyer complètement une surface aussi irrégulière et aussi anfractueuse que celle de l'amygdale pharyngée. Les cryptes remplies de matière caséeuse, quelquefois transformées en kystes, échapperont fatalement à l'action des liquides antiseptiques.

Cette méthode qui est celle de Lubet-Barbon et de Martin, rigoureusement observée, a toujours donné d'excellents résultats.

Soins consécutifs. — Après l'opération et lorsque l'hémorragie s'est arrêtée, on peut faire une insufflation dans le cavum de poudre antiseptique (aristol, iodoforme, etc.).

On s'est abstenu de cette pratique dans le service.

On ordonne simplement une pommade antiseptique pour mettre dans le nez ou quelques gargarismes, pour assurer l'asepsie des voies nasale et buccale,

En sortant du sommeil bromethylique l'enfant se sent du malaise; il a mal à la tête, parfois il est plongé dans une sorte d'vresse. Mais ces symptômes, s'ils existent, sont fugaces et disparaissent quelques heures après par le repos. Certains ont des vomissements de sang, d'ailleurs sans importance. Ils rejettent un liquide noirâtre qui n'est que le produit de la digestion du sang avalé par le suc gastrique.

L'éventualité d'une hémorragie véritable est très rare ; mais par le fait seul qu'elle peut se produire, il est prudent d'en avertir la famille sans l'effrayer, et de se tenir prêt en cas de danger.

Dans la plupart des cas, l'action du bromure d'éthyle s'épuise rapidement, ce qui permet à l'enfant de regagner à pied son domicile.

La recommandation faite par Lermoyez de n'opérer qu'à domicile nous paraît excessive. Dans le service hospitalier, où les enfants sont amenés, l'opération est exécutée couramment dans la salle même de consultation. Les malades attendent simplement une demi-heure ou une heure, dans le cas où il y aurait hémorragie, et ils ne se trouvent nullement incommodés de parcourir le chemin qui les sépare de chez eux.

Le maintien au lit n'est pas non plus ordonné systématiquement ; on le conseille seulement le premier jour, lorsque l'enfant est trop fatigué ou souffre vivement de la gorge, jusqu'à ce que les symptômes aient disparu. Mais il évitera toutes les causes de refroidissement, gardera la chambre si le temps est mauvais et sera tenu dans l'isolement pendant quinze jours, surtout s'il est dans un milieu suspect, car sa plaie opératoire est une porte ouverte à l'infection.

La cicatrisation complète demande trois semaines.

On ne doit pas donner à manger à l'enfant le premier jour. Simplement un peu de thé ou de café dans les premières heures, et si ces boissons sont bien supportées par l'estomac on fera prendre du lait ou du bouil-

lon. Dès le second jour, le malade peut manger comme à l'ordinaire.

En résumé, les points sur lesquels nous voulons insister dans le traitement sont les suivants :

1° Anesthésie	La contracture cesse presque toujours en donnant une nouvelle dose de bromure. Elle n'est pas prévenue par l'emploi du mélange de bromure et d'éther sulfurique. Elle tient pour une grande partie à l'état nerveux du sujet.
2° Technique opératoire	Tenir l'adénotome comme une plume à écrire.
3° Soins préliminaires et consécutifs	Pas de lavage avant l'opération. Pas de lavage après. L'enfant peut être, sans inconvénient, opéré hors de chez lui. Pansement facultatif (insufflation de poudres antiseptiques). Coup de poire de Politzer pour chasser les caillots de sang accumulés dans les fosses nasales et le cavum. Maintien au lit pas absolument nécessaire. Isolement pendant quinze jours.

Manuel opératoire chez l'enfant de 2 à 6 ans. — Il est le même que dans le cas précédent, seulement l'enfant, au lieu d'être assis sur une chaise, est tenu sur les genoux d'un aide qui lui maintient les bras.

Chez l'enfant au-dessous de 2 ans. — L'anesthésie est ici reconnue inutile. A cet âge, l'ablation à la pince est la méthode la plus répandue, parce qu'elle offre plus de sécurité pour la chute de fragments de végétations dans les voies respiratoires.

On emploie les pinces de Ruault, de Lövenberg ou de Chatellier.

Il existe d'ailleurs beaucoup de modèles d'instruments ; un des meilleurs est l'adénotome à griffe de Moure, qui présente toutes les garanties désirables.

Ablation chez l'adulte ; anesthésie locale. — L'anesthésie locale suffit généralement chez l'adulte. Quoique cette anesthésie ne soit pas complète, elle permet au sujet, de supporter cette opération de courte durée.

Dans nos observations, on a fait usage du pulvérisateur de Reuter. On pulvérise avec une solution au vingtième, d'abord par voie nasale, et puis par voie buccale, en recommençant deux ou trois fois. Un quart d'heure suffit pour obtenir le maximum d'anesthésie.

Manuel opératoire. — Le naso-pharynx anesthésié, on place le releveur du voile du palais, ordinairement celui de Moritz-Schmidt qui relève très bien le voile. Le releveur de Mahu, moins employé dans le service, satisfait mieux dans quelques cas particuliers à certaines indications. Il est mieux toléré que le premier.

Le releveur permet d'avoir une image très nette de la végétation par l'examen rhinoscopique, car chez l'adulte cet examen rentre dans le manuel opératoire.

Le miroir est tenu de la main gauche. L'adénotome, introduit de la main droite, s'oriente facilement sous le contrôle de l'image.

Une fois l'instrument bien placé, en face des végétations, on sort rapidement le miroir, on saisit aussitôt l'arcade dentaire du sujet pour l'empêcher de reculer et, d'un coup, on sectionne la masse végétante.

S'il reste quelque débris, on l'enlève à la pince.

L'hémorragie est presque nulle à cause de la vasoconstriction provoquée par la cocaïne, mais il ne faut pas oublier que, cette action épuisée, il peut y avoir un écoulement assez abondant. Il est prudent de faire attendre l'opéré une heure environ.

Le traitement consécutif est le même que chez l'enfant.

Accidents immédiats ou consécutifs de l'abla-

tion. — *Chute des végétations dans le larynx* : Accident sérieux chez les tout jeunes enfants, rare chez l'adulte qui déglutit plutôt les débris.

Dans ce cas, on introduit directement l'index dans la gorge et on dégage le vestibule du larynx. La pince de Chatellier et l'adénotome à griffe de Moure évitent cette complication.

Hémorragie. — Elle n'est pas fréquente et offre généralement assez peu de gravité.

Elle est primitive ou secondaire.

L'hémorragie primitive est peu sérieuse sauf chez les hémophyles (Lermoyez).

L'hémorragie secondaire peut être précoce ou tardive.

Précoce, elle est plus dangereuse à cause de l'éloignement du malade. Elle a lieu dans les 24 heures.

Tardive, elle est en général facile à arrêter.

Les causes en sont multiples, mais nous les passerons sous silence.

Elles tiennent à une faute opératoire, à une anomalie dans la circulation des végétations, ou à un état constitutionnel du sujet, l'hémophylie.

La thérapeutique consiste à faire des injections nasales chaudes, des insufflations de poudres astringentes, et si ces moyens échouent, à faire le tamponnement.

Complications septiques. — Si l'opération n'a

pas été exécutée dans des conditions d'asepsie absolue, on peut craindre :

1° L'otite moyenne aiguë ;

2° Les angines infectieuses ;

3° Les adénites cervicales simples ou avec état fébrile (fièvre ganglionnaire), et l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien ;

4° Le réveil d'une otorrhée cicatrisée.

Traitement post-opératoire. — *Lésions nasales* : La rhinite hypertrophique, presque constante dans les végétations, persiste souvent après leur ablation. Il faut réduire la muqueuse par des cautérisations et sectionner la queue des cornets inférieurs avec l'anse galvanique.

Pharynx : L'hypertrophie des amygdales palatines accompagne aussi fréquemment l'adénoïdite chronique. Si elles sont trop grosses, on les enlève, mais à notre avis il est mieux de les traiter avant les végétations (Escat).

Les deux opérations peuvent même être faites dans la même séance, en commençant par l'ablation des amygdales palatines.

Cette méthode, mise en pratique plusieurs fois chez nos malades n'a jamais eu d'accidents.

Cependant, on ne doit pas l'ériger en règle absolue.

Oreilles. — Les troubles de l'audition peuvent cesser immédiatement après l'opération, sans doute par

saignée locale (Escat). Mais ces bons effets sont en général plus tardifs. S'ils persistent, on a recours au cathétérisme,

Les accidents aigus sont traités, bien entendu, par les moyens ordinaires.

Etat général. — L'enfant opéré, bénéficie amplement de la médication générale. Le bon air, la bonne alimentation, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, en sont la base.

Le traitement thermal sulfuré-iodique ou chloruré-sodique donne d'excellents résultats.

Le séjour au bord de la mer est à recommander, excepté dans les cas d'otite aiguë (Lermoyez).

Bons effets de l'opération. — Débarrassé de ces complications nombreuses, dans un temps généralement assez court, l'enfant se développe bientôt normalement, sa santé s'améliore rapidement, les déformations faciales et thoraciques disparaissent petit à petit et l'intelligence sort de sa torpeur habituelle.

Chez l'adulte, les lésions étant plus anciennes et plus prononcées, le résultat est moins satisfaisant, mais l'opération amène quelquefois une réelle amélioration.

Les sujets atteints de sténose congénitale des fosses nasales antérieure aux végétations ne retirent de l'ablation qu'un bienfait médiocre, surtout au point de

vue de la respiration nasale. Ces cas sont d'ailleurs très rares.

Le type diffus se ressent aussi moins souvent des bons effets de l'opération. Les végétations, au lieu d'être bien circonscrites, massives, sont, au contraire, disséminées et tapissent toutes les parois du naso-pharynx. L'ablation en reste, par cela même, incomplète, car l'adénotome est impuissant à détacher tous ces petits amas dispersés dans le cavum.

Le traitement médical tient alors le premier rang.

Récidives. — L'amygdale pharyngée bien enlevée ne donne pas de récidive. On doit attribuer celle-ci à quelque fragment de végétation qui a échappé à l'instrument et qui a de nouveau proliféré. C'est ainsi qu'on l'observe particulièrement dans le cas dont nous venons de parler.

La récidive est donc la preuve évidente que l'opération a été imparfaite.

OBSERVATIONS

Nous présentons, sous forme de tableau, le résultat de deux cents observations de végétations adénoïdes opérées par M. le docteur Escat ou par ses assistants. Nous les avons recueillies en partie dans les registres de consultation gratuite du service d'oto-rhino-laryngologie de la clinique de dermato-syphiligraphie de la Faculté de Toulouse, en partie dans les notes de la clientèle privée que M. Escat a bien voulu nous communiquer.

Les premiers malades traités à l'hôpital remontent à l'année 1895, les derniers au mois d'octobre 1900 et pour cette période de cinq ans, il nous a été possible de classer par âge tous les opérés. Notre principale préoccupation a été d'obtenir les résultats éloignés de l'opération, négligeant à dessein les bons effets immédiats qui n'ont de valeur réelle que par leur persistance. De sorte que nous établirons une statistique aussi vraie que possible qui sera un témoignage en faveur de

quelques règles particulières suivies dans le service et que nous avons exposées plus haut.

Pour nous procurer les renseignements dont nous avions besoin, nous nous sommes mis en relation avec les familles qui avaient amené les petits malades. Notre demande était accompagnée d'un petit questionnaire fort simple, à la portée de tout le monde, et dont voici le modèle :

	RÉPONSES
1° Le résultat de l'opération a-t-il été bon ?	
2° Le nez n'est-il plus bouché ?	
3° Le malade entend-il bien ?	
4° Dans le cas où il y avait écoulement d'oreilles avant l'opération, cet écoulement est-il guéri ?	

Cette correspondance a dû s'arrêter aux adresses incomplètes ou illisibles, aux noms tronqués ou mal pris que nous n'avons pu reconstituer. En plus, toutes les réponses attendues ne sont pas parvenues, car certaines lettres se sont égarées et d'autres, tombées entre les mains de paysans illettrés, ont été envoyées inutilement ; de sorte qu'il nous est impossible de présenter un tableau complet comme nous l'aurions désiré.

Les observations communiquées par M. le docteur Escat, suivent immédiatement ce premier tableau. Elles ne sont pas classées par âge des malades, mais simplement par années et par dates.

OBSERVATIONS

Nota. — Dans les Tableaux qui suivent, nous n'avons pas cru devoir établir des colonnes spéciales pour indiquer quels avaient été les accidents opératoires et les accidents consécutifs dans chaque cas particulier. Ces accidents ne se sont, en effet, manifestés que dans trois cas qui sont signalés pages 64, 66 et 68.

Nos D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)		AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DAT OPÉRAT
2.024	G. R., de Toulouse.....	F.	6 mois.	Ne peut pas respirer par le nez.	6 juillet
1.030	S. P., —	H.	6 mois.	Insuffisance respir. nasale.	27 mai
1.305	T. E , —	H	10 mois	—	20 janv.
1.059	N. A., —	H	11 mois.	—	19 juin
1.636	B. P., —	H	15 mois.	Insuff. nasale depuis sa naissance.	29 sept.
1.935	B. M., —	H.	18 mois.	Respire mal par le nez.	19 mai
59	E., —	H.	2 ans.	Gêne de la respiration depuis 4 mois, hypertrophie des amygdales.	25 mars
2.035	D. E , —	H.	28 mois.	Ne peut pas respirer par le nez.	9 juillet
667	B. L., —	F.	32 mois.	—	4 juin
1 418	B. P., —	H.	3 ans.	Insuff. nasale. dureté d'oreilles.	21 avril
1.815	B. Y., —	F.	3 ans.	Dort la bouche ouverte, se lève en sursaut la nuit.	19 mars
803	V. L., —	F.	4 ans	Gêne de la respiration nasale	18 oct.
991	G. M., —	H.	4 ans.	Insuff. respir. nasale.	29 avril
1.354	A. G , —	F.	4 ans.	—	27 févr.
1.107	P.J., de Labastide-Bauvoir	H.	4 ans.	—	25 juill.
2.076	L. E., de Toulouse.....	H.	4 ans 1/2	Insuff. nasale, hypertrophie des amygdales palatines.	17 août
1.488	L. A., —	H.	4 ans 1/2	Syndrome adénoïdien.	29 mai
814	B. G., de Castres.	F.	5 ans	Insuff. nasale et rhinite hypertrophique	15 nov.
865	L. J., de Toulouse	F.	5 ans.	Ne peut pas souffler par le nez.	7 janv.
960	B. A., de Longages-Noé .	H	5 ans.	Bourdonnements, surdité.	25 mars
1.865	D. J., de Toulouse. . . .	H.	5 ans.	Dureté d'oreilles.	29 avr.
1.891	R. P., — .... B	H.	5 ans.	Insuff. nasale. surdité intermittente.	27 avril
1.924	M. · , —	H	5 ans.	Insuff. nasale, dort la bouche ouverte.	11 mars
3.009	G. A., de Toulouse.....	H.	5 ans.	Insuff. nasale, dort la bouche ouverte	25 juin
1.076	L. B , —	H	5 ans.	—	8 juillet

VATIONS

OCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
otome de Moure à griffe.	Pas d'anesthésie.	Très bon résultat opératoire. Respire très bien par le nez.
é à la pince.	—	Perdu de vue.
—	—	Respire encore par la bouche, entend bien, écoulement disparu.
—	—	Mort d'une bronchite 7 mois après l'opération.
—	—	Le nez est libre, reste un peu d'enchifrènement, l'enfant entend bien.
—	—	Perdu de vue.
—	—	—
—	—	—
otome de Schmidt et pince	Bromure d'éthyle.	—
otome.	—	Le nez n'est pas complètement libre, l'enfant entend bien.
—	—	L'enfant respire encore la bouche ouverte, il entend très bien.
au de Gottstein.	—	L'enfant mouche et entend très bien.
é à l'adénotome.	—	Perdu de vue.
—	—	Le resultat de l'opération est bon, il y a encore un peu de gêne pour respirer.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Respiration nasale libre, entend bien.
—	—	Respire facilement par le nez, entend très bien, écoulement tari.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Le nez est dégagé, l'enfant entend bien.
—	—	Le 22 avril l'enfant entend très bien, triangle lumineux très brillant.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Le nez n'est plus bouché, entend très bien.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Respiration nasale pas complètement rétablie, entend bien.
—	—	Perdu de vue.

N°s D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)	AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DAT OPÉRAT
1.362	M. J., de Toulouse..... H.	5 ans	Insuff. nasale, bourdonnements.	6 mars 1
1.555	B. P., de Moissac..... H.	5 ans.	Insuff. nasale, diminution de l'audition	28 juill.
1.068	P. F., de Toulouse..... H.	5 ans 1/2	—	1 juillet
99	T. H., — ..... H.	6 ans.	Insuffisance nasale, surdité, écoulement d'oreilles.	20 mai 1
285	M. J., — ..... H.	6 ans.	Surdité, insuffisance nasale, écoulement d'oreilles.	20 mars
654	B. E , de Brassac (Tarn). H.	6 ans	Insuffisance nasale.	4 juin 1
863	F. F., de Toulouse..... H	6 ans.	Insuff. nasale, rhinite hypertrophique.	3 janv.
914	A. M., — ..... H	6 ans.	Ne peut pas souffler par le nez.	15 févr.
921	L. J., — ..... H.	6 ans.	Insuff. nasale, trouble de l'ouïe, éperon de la cloison.	21 févr.
1.283	B. E., — ..... H.	6 ans.	Surdité bilatérale, dort la bouche ouverte.	9 janv.
1.314	F. E., — ..... F.	6 ans.	Diminution considérable de l'audition.	30 janv.
1.502	S. F., — ..... H.	6 ans.	Syndrome adénoïdien.	5 juin 1
1.089	D. J., — ..... F.	6 ans	Surdité, mutisme, insuff. nasale.	11 juill.
1.514	S. H , — ..... F.	6 ans.	Surdité, insuff. nasale.	9 juin 1
1.798	B. M., de Lalande..... F.	6 ans.	Bourdonnements, toux quinteuse.	2 mars 1
1.933	H. J., de Toulouse..... H.	6 ans.	Ronfle la nuit, soubresauts nocturnes.	19 mai 1
2.034	G. M., de Moissac..... H.	6 ans.	Ne respire pas par le nez.	2 juillet
997	L J., Beaumont-de-Lézat H.	7 ans.	Insuff. nasale, dort la bouche ouverte.	2 mai 1
1.206	E. L., de Toulouse..... H.	7 ans.	—	21 oct. 1
1.246	D. A., — ..... H.	7 ans.	Douleurs à l'oreille droite, diffic. nasale, toux rebelle, hypertrophie des amygdales.	28 oct 1
1.266	R. R., — ..... H.	7 ans.	Difficulté de la respiration nasale.	16 déc.
1.364	L. C., — ..... H.	7 ans.	Insuffisance nasale.	10 mars

TIONS (Suite.)

ROCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
ré à l'adénotome.	Bromure d'éthyle.	Respire bien par le nez, entend bien.
—	—	Perdu de vue.
notome et pince.	—	—
ré à l'adénotome.	—	Le nez est bien dégagé, surdité disparue, écoulement complètement guéri.
teau de Gottstein.	—	Le nez n'est plus bouché, l'audition est bonne, l'écoulement a disparu.
ré à l'adénot. de Schmidt.	—	Le 28 mai 1898 l'enfant respire très bien par le nez.
—	—	Entend bien, la respiration nasale est encore un peu gênée.
—	—	Le nez est dégagé, entend bien, écoulement d'oreilles guéri. L'enfant très apathique avant l'épuration n'apprenait rien à l'école, aujourd'hui c'est un des meilleurs élèves.
—	—	Le nez n'est plus bouché, entend bien, plus d'écoulement; a été aussi opéré d'éperon de la cloison.
—	—	Plus d'embarras de la respiration nasale, parfois encore quelques troubles de l'audition mais très passagers.
—	—	Va bien mieux, mais a quelquefois un peu de surdité passagère.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Pas de résultat, mouche très peu, surdité complète, parle avec difficulté. L'enfant est à l'institution des sourds et muets.
—	—	Le nez n'est plus bouché, entend très bien.
—	—	Perdu de vue.
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
gdalotomie et ablation des gétat. à l'adénotome.	—	Douleurs d'oreilles et écoulement disparus, ne ronfle pas la nuit mais dort encore la bouche ouverte, entend bien; depuis un an l'enfant se porte très bien.
é à l'adénotome.	—	Perdu de vue.
—	—	Nez bien débouché, entend bien, plus d'écoulement.

N°s D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)	AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DATE OPÉRATO
2.006	V. H., — ..... F.	7 ans	Respiration nocturne bruyante, insuff. auriculaire.	22 juin 19
2 069	P. G., — ..... F.	7 ans.	Insuff. nasale.	27 juill. 19
1.170	H. E., — ..... H.	7 ans 1/2	—	15 sept. 18
393	N. R , — ..... H.	8 ans.	Insuff nasale, surdité.	14 août 18
690	A H., — ..... H.	8 ans	—	4 juin 18
816	F. P , — ..... F.	8 ans.	Insuff. nasale, rhinite hypertrophique.	15 nov 18
1.298	B. R., — ..... H.	8 ans.	Insuff nasale, surdité et écoulement d'oreilles intermittent.	16 janv. 18
1.571	E. E., de Serviès (Tarn). H.	8 ans.	Ronfle, dort la bouche ouverte.	18 août 18
1.771	L. S., de Toulouse ..... F.	8 ans.	Surdité intermittente depuis 2 ans, rhinite hypertrophique.	9 avril 18
1.898	F. A , de Lardenne..... F.	8 ans.	Dureté d oreilles, insuff nasale, hypertrophie des amygdales.	30 avril 18
2.003	M. H., de Toulouse..... H.	8 ans.	Insuff. nasale, surdité.	22 juin 18
2.036	L. M , — ..... F.	8 ans.	—	9 juillet 18
2.090	P. P., — ..... H	8 ans 1/2	Dureté d'oreilles, écoulement, respire par la bouche.	20 août 18
1.321	P. L., — ..... H	8 ans 1/2	Insuff. nasale.	3 février 18
295	F. A , — ..... F.	8 ans 1/2	Surdité, insuff. respiratoire nasale.	23 avril 18
217	C. M., — ..... F.	9 ans.	Surdité, troubles réflexes et dyspnéïques.	22 nov. 18
944	A. J , — ..... H.	9 ans	Ne peut souffler par le nez.	11 mars 18
1.507	L. M., — ..... F.	9 ans.	Syndrome adénoïdien.	5 juin 18
1.603	V. E., d'Albias (T.-et-G.). H.	9 ans	Dort la bouche ouverte, ronfle la nuit.	4 sept. 18
1.684	C. A., de Montauban.... H	9 ans	Surdité et insuff. nasale depuis 3 ans.	13 nov. 18
1.801	S. J , de Toulouse ..... H.	9 ans.	Surdité.	9 mars 19
2.147	J. G., — ..... F.	9 ans.	Respiration nasale difficile.	14 sept. 19
2.149	F. I., — ..... H.	9 ans	Surdité, respire la bouche ouverte.	19 oct. 19
846	P. P., — ..... H.	10 ans.	Insuff. nasale, rhinite hypertrophique.	10 oct. 19
1.472	P. M., de Montesq.-Volv. F.	10 ans.	Diminution de l'audition, écoulement d'oreilles.	15 mai 18

TIONS (Suite)

ROCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
éré à l'adénot. de Schmidt.	Anesth. bromethilique.	Le nez est libre, respiration facile, bonne audition.
—	—	Perdue de vue.
—	—	—
—	—	12 octobre 1896 guérison constatée ; l'enfant respire et entend bien
-	—	Perdu de vue.
levées au couteau de Gotts-ein.	—	Le nez est dégagé, entend bien, très bon résultat pour l'état général.
éré à la pince.	—	Résultat bon, encore un peu de gêne respiration nasale, entend bien, écoulement guéri.
éré à l'adénotome.	—	Perdu de vue.
—	—	La surdité a disparu, le nez n'est pas encore libre
ygdalotomie et ablat. des végétations en une seule séance	—	Perdue de vue.
éré à l'adénotome.	—	N'entend pas encore très bien, surdité due à des bouchons de cérumen.
—	—	Perdue de vue.
—	—	Très bon résultat général, le nez n'est plus bouché, entend parfaitement, plus d'écoulement d'oreilles.
—	—	Respire bien par le nez, entend bien.
—	—	—
—	—	Le nez reste bouché, même surdité, écoulement guéri.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Le nez est bien dégagé, entend bien.
éré à l'adénotome et à la pince.	—	Le nez est parfaitement débouché, l'ouïe est bonne.
péré à l'adénotome de Schmidt.	-	Le 4 décembre l'audition est revenue.
—	—	Perdu de vue
—	—	La respiration nasale est encore gênée, entend bien.
—	—	Perdu de vue
—	—	Le nez n'est plus bouché, entend bien, plus de douleurs d'oreilles.
—	—	Écoulement complètement guéri, le nez reste un peu bouché.

N°s D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)		AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DATE OPÉRATOI
1.959	B. R., de Toulouse.....	H	10 ans	Respire la bouche ouverte, écoulement d'oreilles.	28 mai 19
1.820	C. E., —	F.	10 a. 1/2	Surdité.	19 mars 19
1.860	M. C., —	F.	10 a. 1/2	Dureté d'oreilles.	2 avril 19
714	P. J., —	F.	10 a. 1/2	Insuff. nasale, écoulement d'oreilles.	26 juill. 18
12	G. F., —	H.	11 ans	Toux très pénible et persistant depuis 4 ans, troubles dyspnéiques se répétant plusieurs fois le jour.	14 janv. 18
399	P. M., de Buzet (H.-G.)..	H.	11 ans.	Insuff. de l'ouïe et de la respiration nasale, végétations visibles directement.	17 août 18
535	T. C., de Lalande (H.-G.)	H.	11 ans	Surdité.	8 janv. 18
752	D. P., de Toulouse.....	H.	11 ans.	Insuff. nasale.	26 juill. 18
829	G. F., —	H.	11 ans.	Insuff. nasale. rhinite hypertrophique.	26 nov. 18
1.373	S. M., —	F.	11 ans.	Surdité.	17 mars 18
1.518	M. J., de Grenade (H.-G.)	H.	11 ans	Dort la bouche ouverte, ronfle la nuit, écoulement d'oreilles.	16 juin 18
137	N. L., de Toulouse.....	H.	11 a. 1/2	Il y a un an surdité des 2 oreilles qui va en progressant malgré un trait. suivi. Disparition du triangle lumineux, écoulement d'oreilles.	12 juill. 18
1.131	D., de St-Martin-d-Touch	H.	12 ans.	Insuffisance nasale.	2 août 189
1.458	M. M., de Toulouse.....	H.	12 ans.	Insuff. nasale, écoulement d'oreilles.	5 mai 189
1.835	A. E., de Verfeil (H.-G.).	F.	12 ans.	Difficulté respirat. nocturne.	19 mars 19
1.940	C. P., de Lézignan (Aude)	F.	12 ans.	Insuff. nasale, rhinite hypertrophique.	22 mai 190
978	C. E., de Toulouse.....	F.	13 ans.	Insuff. nasale	22 avril 18
1.807	R. H., —	F.	13 ans.	Insuff. nasale, se réveille la nuit en sursaut.	12 mars 19
1.849	A. B., —	H.	13 ans	Dureté d'oreilles, insuff. nasale.	25 mars 19
2.049	M. J., —	H.	13 ans.	Surdité de l'oreille droite.	20 juill. 19
1.991	F. J., —	F.	13 a. 1/2	Insuff. nasale, otorrhée.	15 juin 19
265	T. J., —	H.	14 ans.	Surdité, insuffisance nasale.	25 févr. 18

TIONS (Suite)

ROCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
éré à l'adénot. de Schmidt.	Bromure d'ethyle.	Le nez n'est plus bouché, respire très bien. écoulement d'oreilles disparu complètement
—	—	Perdu de vue.
—	—	—
levées à la pince.	—	Respire bien, entend bien, écoulement disparu complètement.
—	—	Perdu de vue.
iteau de Gottstein	—	Respiration nasale parfaite, entend très bien, écoulement tari.
—	—	Le nez n'est plus bouché, un peu dur d'oreille.
—	—	Le 20 septembre r(ute abso'ument libre, respire bien mieux.
—	—	Perdu de vue.
érée à l'adénotome.	—	—
—	—	Le nez est libre, entend bien, l'écoulement persiste.
iteau de Gottstein.	—	Amélioration de l'audition 3 jours après, 2 août réapparition du triangle lumineux; 15 février 1897 revient et se plaint de ne pouvoir entendre, l'examen montre un reste de végétations qui sont enlevées; 30 novembre, nez débouché, entend très bien, écoulement disparu.
éré à l'adénotome.	—	Perdu de vue.
—	—	Le nez n'est plus bouché, mais respire beaucoup plus de la bouche qu'il a constamment ouverte, entend très bien, écoulement guéri.
	—	Le nez n'est plus bouché, un peu dur d'oreilles.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Le nez n'est plus bouché, elle entend très bien, l'écoulement est bien guéri.
	—	Le nez est libre, parfois un peu de dureté d'oreilles.
—	—	Le nez n'est plus bouché, l'audition est très bonne, l'écoulement à complètement disparu.
—	—	Perdu de vue.
—	—	Respire bien, entend bien d'une oreille, l'autre atteinte d'otorrhée cicat. est moins sensible.
éré à l'aide du releveur de Moritz-Schmidt.	—	Le malade revient quelque temps après, il reste des fragments qu'on enlève à la pince.

OBSERVA

Nos D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe)		AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DATE OPÉRATOI
1.747	U. L., de Saint-Girons:..	F.	14 ans.	Surdité, insuff. nasale.	8 janv. 19
2.129	S. B., de Toulouse.....	F.	14 ans.	Bourdonnements d'oreilles.	14 sept. 19
809	B. E., de Bondigoux....	F.	15 ans.	Insuff. nasale, rhinite hypertrophique.	25 oct 18
998	L. L., Beaumont de-Lézat	H.	15 ans	—	2 mai 189
1.685	A. A., de Toulouse.....	H.	15 ans.	—	16 nov. 18
1.761	T. M., —	F.	15 ans	Surdité.	22 janv 19
1.964	P. A., —	H	15 ans.	Ronfle la nuit, soubresauts nocturnes.	28 mai 190
2.081	B. F., —	F.	15 ans.	Insuff. nasale, surdité.	20 août 19
2.109	L. L., —	H.	15 ans.	Dureté d'oreilles	3 sept 19
2.131	F. M., —	H.	15 ans.	Surdité bilatérale, difficulté nasale.	14 sept. 19
2.052	L. J , —	H.	16 ans	Surdité datant de longtemps	20 juill. 19
22	D. A., de Puymorens....	H	17 ans.	Surdité, ronflement nocturne, nasonnement, respire la bouche ouverte.	9 déc. 189
1.249	F. A , de Ste-Germaine..	F.	17 ans.	Surdité, douleurs des oreilles.	28 nov. 18
1.367	L. J., du Castéra.....	H.	17 ans.	Surdité, bourdonnements, insuff. nasale	10 mars 18
2.148	G. E., de Septfonds.....	H.	17 ans.	Insuff. nasale, dureté d'oreilles.	14 sept. 19
942	B. P., de Blagnac (H.-G.)	H.	17 a. 1/2	Dureté d'oreilles, nasonnement.	11 mars 18
41	M. L.....	H.	20 ans.	Surdité (otite suppurée bilatérale cicatrisée).	25 févr 18
1.397	B. M., de Toulouse.....	F.	21 ans.	Surdité, écoulement d'oreilles.	7 avril 189
987	N. B , —	F.	24 ans.	Surdité.	29 avril 18
655	F. L., de Brassac (H.-G.).	F.	28 ans.	Troubles de l'audition.	4 juin 189
625	B. E , Villefr.-Rouergue.	H.		Insuffisance nasale.	12 mai 189
465	G. A , de Sonal (Tarn)...	H		Surdité.	20 nov. 18

TIONS (suite).

ROCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
s paquet enlevé à l'adénot.	Bromure d'éthyle.	Perdu de vue.
notome.	—	Perdu de vue.
—	—	N'a plus souffert de la gorge, le nez est quelquefois bouché, surdité passagère.
—	—	Perdu de vue.
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	Entend beaucoup mieux, plus de douleurs.
—	Anesthésie locale à la cocaïne.	L'audition est revenue, va bien mieux par sa respiration nasale
ré à l'aide du releveur de foritz-Schmidt.	—	Le nez n'est plus bouché, l'enfant entend bien.
ré à l'aide du releveur, dénotome et pince	—	Audition subitement améliorée, le nez est dégagé, audition très bonne.
notome et releveur de chmidt.	—	Perdue de vue.
ré au couteau de Gottstein	—	—
notome et releveur de chmidt.	—	Le nez est complètement dégagé, entend bien.
evées au releveur.	—	Respire beaucoup mieux.
s paquet enlevé au releeur de Schmidt	—	Perdu de vue.
rée au releveur de Schmidt	—	Surdité guérie.
—	—	L'audition est bien rétablie, l écoulement a disparu.
—	—	Perdue de vue.
ré à l'adénotome Schmidt.	Anesthésie au bromure	—
—	—	Le 26 février 1888, il reste quelques fragments de végétations qui sont enlevés à la pince.

Nos D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)	AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMIYANTES	DAT OPÉRATO
1	L., de Lavaur ..... H.	7 ans.	Insuff. nasale, toux réflexe, surdité.	15 juin 1
2	T., de Grenade ..... H.	8 ans.	Insuff. nasale, surdité, aprosexie, atrésie congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx, dégénéré.	30 juin 1
3	Mlle V..... F.	15 ans	Insuff. nasale, nassonnement, insuff. vélo-palatine, végétations et queues des cornets énormes.	12 sept 1
4	S..... H.	15 ans.	Surdité prononcée, otorrhée ancienne.	27 nov. 1
5	E., St-Paul-de-Jarrat.... H.	5 ans.	Végétations et amygdales grosses, insuff. nasale, surdité.	17 déc. 1
6	S..... H.	4 ans.	Végétat. et amygdales; insuff. nasale, catarrhe rhino-pharyng. rebelle.	1895
7*	P..... H.	6 ans.	Insuffisance nasale.	29 juin 1
8	Mlle B..... F.	15 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	30 juill. 1
9	Mlle B., de Toulouse.... F.	7 ans.	—	1 oct. 18
10	T..... H.	5 ans.	—	4 nov. 18
11	C., Beaumont de Lomagne H.	16 ans.	—	5 nov. 18
12	Mme X..... F.	28 ans.	Surdité, otorrhée.	9 nov. 18
13	V..... H	10 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	25 nov. 1
14	De B..... F.	10 ans.	Type diffus, queues de cornets hypertrop. grosses amygdales, insuff. nasale, toux réflexe, arrêt de croissance.	8 avril 18
15	X., Beaumont-de-Lézat.. F.	6 ans.	Surdité.	22 avril 1
16	V..... H.	5 ans.	Insuff. nasale, surdité.	26 avril 1
17	X..... F.	3 ans.	—	25 mai 18
18	L., de Foix..... H.	5 ans.	—	13 juin 1
19	C. de Montauban ..... F.	16 ans.	—	29 juin 1
20	M..... H	7 ans.	Surdité.	30 juin 1
21	S..... H	38 ans.	Végét. et amygdales, otorrhée ancienne cicatrisée, surdité.	
22	L. de Montauriol, arrivé d'Algérie ..... H.	20 mois.	Cachexie adénoïdienne, athrepsie. Peut-être bacillaire.	5 juillet 1
23	M., d'Albi..... H.	25 ans.	Surdité.	27 juill. 1
24	B., de Martres-Tolosane. H.	5 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	17 août 1

* Hémorragie; arrêtée par injection d'eau chaude.

ONS (Suite)

OCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
notome.	Bromure d'éthyle.	Résultat excellent, tous les symptômes ont disparu.
—	—	Pas de résultat.
rée au releveur.	Cocaïne,	Très bon résultat sauf rhinolalie ouverte par insuffisance vélo-palatine.
—	Bromure d'éthyle.	Cicatrisation de l'otorrhée, statu quo de l'audition.
notome ; ablation en une ance.	—	Très bon résultat, facilité respiratoire, bonne audition.
tion en deux séances.	—	Très bon résultat, insuf. et catarrhe guéris.
notome.	—	Très bon résultat, plus de gêne nasale.
rée au releveur.	Cocaïne.	Plus d'insuffisance, bonne audition.
notome.	—	Réopérée le 17 octobre ayant été mal opérée le 1er octobre, très bon résultat.
—	—	Bon résultat immédiat, mort 6 mois après de fièvre typhoïde.
releveur.	—	Récidive, réopéré 2 ans après, très bon résultat.
—	—	Résultat négatif.
notome.	Bromure.	Très bon résultat, symptômes disparus.
—	—	Très bon résultat, se développe rapidement, mais toux et catarrhe rhino-pharyngo-laryngé persiste, amélioré par cure sulfureuse.
—	—	L'audition est revenue.
—	—	Très bon résultat, respire bien, entend bien.
—	—	Très bon résultat.
—	—	—
releveur.	Cocaïne.	Opération incomplète, réopérée en 1898, très bon résultat.
notome.	Bromure.	Surdité complètement guérie.
eveur : en deux séances ; bl. amygd. anse galvanique.	Cocaïne.	N'a plus eu de surdité.
us d'opér. imméd. en raison u mauvais état état général.	—	Mort 8 jours après de méningite.
eveur.	—	Légère amélioration.
énotome.	Bromure.	Bon résultat immédiat ; récidive, réopéré 1 an après, va bien.

N°s D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)		AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DATE OPÉRATO
25	G., de Pamiers.....	H	8 ans	Surdité, otorrhée, amygdales hypertrophiées.	28 sept. 1
26	L.....	F.	7 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	7 oct. 18
27	D.....	F.	18 ans.	Surdité.	23 déc. 1
28	D., de l'Isle-en-Jourdain..	F.	5 ans.	Insuffisance nasale, surdité, otorrhée.	13 janv. 1
29	C , de Portet.....	H.	23 ans.	Surdité, otalgie.	14 janv. 1
30	L.....	H	22 mois.	Insuffisance nasale très prononcée.	15 mars 1
31	C.....	H.	3 ans	Toux réflexe rebelle, Amygdales hypertrophiées.	22 mars 1
32	V., de Toulouse.....	H.	5 ans.	Insuffisance nasale, amygdales hypertrophiées.	20 mai 18
33	A., de Castelnaudary....	H.	3 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	17 juin 1
34	M., de Toulouse	F.	17 ans	Surdité, insuffisance nasale.	18 juin 1
35	J., de Lavaur.....	F.	6 ans.	Insuffisance nasale, surdité, otalgie.	1 juillet 1
36	C.....	H.	5 ans	— surdité.	9 juillet 1
37	C., de Toulouse.....	H.	11 ans.	— otite purulente à répétition.	21 juill. 1
38	L.....	H.	16 ans.	Insuffisance nasale, asthme réflexe, rhinite hypertrophique.	20 août 1
39	P., de Graulhet.....	H.	18 ans.	Surdité.	29 août 1
40	D., St-Martin-du-Touch..	H.	8 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	1 sept. 1
41	M.....	F.	17 ans.	Surdité.	6 sept. 1
42	S.....	H.	4 ans	Insuffisance nasale.	29 sept. 1
43	S.....	F.	10 ans.	Type diffus.	11 oct. 1
44	De B.....	H.	10 ans.	Végétat., amygdales hypertrophiées, insuffisance nasale.	26 oct. 1
45	C.....	F.	14 ans.	Insuffisance nasale, asthme réflexe, cornets hypertrophiés.	15 nov. 1
46	St-G.....	H.	14 ans.	Surdité.	1898
47*	B., de Castelsarrasin....	H.	10 ans.	Surdité, insuffisance nasale, otorrhée cicatrisée, surdité.	—
48	X., de Cahors.....	F.	6 ans.	Insuffisance nasale.	—
49	A.....	H.	15 ans.	Surdité, insuffisance nasale.	7 déc. 18

* Rechute de l'otorrhée qui a guéri au bout de quinze jours.

TIONS (Suite)

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS résultats du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
énotome	Bromure.	Très bon résultat, guérison de l'otorrhée.
—	—	Très bon résultat, symptômes disparus.
eveur.	Cocaïne.	Bonne audition.
énotome.	Bromure.	Otorrhée guérie, bon résultat.
eveur.	Cocaïne.	Disparition des douleurs d'oreilles, audition revenue.
énotome.	Sans anesthésie, à la demande du père.	Excellent résultat.
deux séances.	Bromure.	Très bon résultat, toux disparue.
une séance, avec Seheyron	—	Respiration nasale libre, bon résultat.
énotome.	—	Symptômes complètement disparus.
eveur.	Cocaïne.	Très bon résultat surtout par l'audition.
énotome.	Bromure.	Très bon résultat, plus de douleurs, entend parfaitement.
—	—	Bon résultat.
—	—	Complètement guéri.
eveur : cautérisation ultéeure.	Cocaïne.	Disparition de l'asthme.
eveur.	—	Résultat inespéré au point de vue de l'audition.
notome.	Bromure.	Très bon résultat.
eveur.	Cocaïne.	—
notome.	Bromure.	—
—	—	Résultat médiocre.
—	—	Guérison complète.
eveur : cautérisation des rnets.	Cocaïne.	Asthme disparu, les cornets ont dû être cautérisés, récemment.
eveur.	—	Très bon résultat.
notome.	Bromure.	Très bon résultat, bonne audition.
—	—	Très bon résultat.
eveur.	Cocaïne.	Excellent résultat.

OBSERVA

Nos D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettres F et H indiquent le sexe.)	AGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DATE OPÉRATOI
50	D., de Lavelanet..... H.	6 ans	Insuffisance nasale, surdité, otorrhée amygdales hypertrophiées.	4 fév 18
51	A., de l'Isle-en-Dodon... H.	5 ans.	Insuffisance nasale, surdité. —	27 mars 18
52*	L., Labarthe-de Rivière.. H.	6 ans.	—	8 avril 18
53	R., de Toulouse..... H.	7 ans.	— catarrhe rhino-pharyngo bronchique.	20 avril 18
54	S., — ..... F.	4 ans.	Insuffisance nasale, hypertrophie des amygdales.	27 avril 18
55	M., — ..... F.	7 ans.	Insuffisance nasale, surdité	17 mai 18
56	A..... F.	7 ans.	–	25 mai 18
57	X., de Foix..... F.	4 ans.	— otorrhée.	6 juin 18
58	De B..... H.	11 ans.	— hypertrophie des amygdales.	8 juin 18
59	A., de Castelnaudary.... H.	10 ans.	Insuffisance légère, asthme réflexe et eczéma.	29 juin 18
60	B, de Toulouse..... F.	5 ans.	Insuffisance nasale.	30 juin 18
61	L., — ..... F.	5 ans.	— surdité.	1 juillet 18
62	C., de Bayonne..... F.	11 ans.	— très considérable, gros paquet.	3 juillet 18
63	L., de Toulouse..... F.	11 ans.	Insuffisance nasale, surdité	27 juill. 18
64	F., de St-Girons ..... H.	8 ans.	— hypertrophie des amygdales.	1 août 18
65	G..... H	18 ans.	Otorrhée, végét, et 1 amygdale hypertrophiée.	22 août 18
66	V., de Castelsarrasin.... F.	17 ans.	Insuffisance nasale.	29 nov. 18
67	C..... F.	10 ans.	— surdité.	1899
68	De B..... F.	14 ans.	— —	14 mars 19
69	M..... H.	6 ans.	Surdité.	11 avril 19
70	R..... H.	6 ans.	Insuffisance nasale, otorrhée.	1 mai 190
71	B..... H	7 ans.	— surdité.	3 mai 190
72	P., 18e d'artillerie..... H	22 ans.	— surdité très prononcée, otorrhée bilatérale. MG = 2 cent. MD = 6 cent.	14 mai 190
73	G., d'Albi..... H.	6 ans.	Insuffisance nasale.	5 juin 190
74	C. ..... H.	18 ans.	—	—

* Hémorragie immédiate ; a nécessité tamponnement ; l'éperon du vomer aurait été section

ONS (suite).

OCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
otome.	Bromure d'éthyle.	Très bon résultat, disparition de l'othorrée.
—	—	Très bon résultat.
—	—	Bon résultat.
—	—	Très bon résultat.
—	—	Nez très bien dégagé, bon résultat.
—	—	Très bon résultat.
—	—	Entend bien, respire bien.
—	—	Bon résultat, otorrhée persiste.
—	—	Très bon résultat.
—	—	— asthme disparu, ainsi que l'eczéma.
—	—	Très bon résultat, nez dégagé.
—	—	Très bon résultat
—	—	Trois mois après la malade est revue, très bon résultat.
—	—	Bon résultat.
—	—	— bonne audition, respire bien.
eur.	Cocaïne.	— otorrhée persiste.
—	—	Très bon résultat.
nome.	Bromure d'éthyle.	Symptômes disparus.
—	—	Très bon résultat.
—	—	Audition revenue.
—	—	Très bon résultat, otorrhée guérie.
otome.	—	Très bon résultat.
eur.	Cocaïne.	Résultat inespéré, guérison de l'otorrhée. MG = 18 cent. MD = 60 cent.
otome.	Bromure d'éthyle.	Très bon résultat.
eur.	Cocaïne.	Respiration libre, bon résultat.

l'adénotome.

OB.-

Nos D'ORDRE	INITIALES ET LOCALITÉ DU SUJET (Les lettses F et H indiquant le sexe.)		ÂGE	SYMPTOMES ACCUSÉS et LÉSIONS CONCOMITANTES	DAT OPÉRAT
75	C., de Villefranche.....	F.	5 ans.	Insuffisance nasale.	9 juin
76	X , de Mazamet.....	H	7 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	11 juill.
77	C.	H.	8 ans	—	19 juill.
78	O., de Moissac.....	H.	11 ans.	—	23 août
79	De B.....	H	11 ans.	—	1 sept.
80	X.....	H.	7 ans.	Surdité, poussées d'otite aiguë, hypertrophie des amygdales.	7 sept.
81	M , de Fouatz (Ariège)...	F.	14 ans.	Surdité.	11 sept.
82	C. (2e enfant).....	F.	3 ans.	Insuffisance nasale, sa sœur a été opérée, voir plus haut	13 oct.
83	R., d'Albi.....	H.	14 ans.	Insuffisance nasale, surdité.	2 nov.
84	B., de Villlemur.....	H.	7 ans.	—	20 nov.
85	R.....	F.	20 mois.	Insuffisance nasale, toux réflexe, catarrhe rhino-pharyngien rebelle, arrêt de développement, végétations et amygdales hypertrophiées.	

ATIONS (Suite)

OCÉDÉ OPÉRATOIRE	PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS à la date du 30 novembre 1900 RÉCIDIVES
iotome.	Bromure.	Très bon résultat.
—	—	Guérison complète, symptômes disparus.
—	—	Très bon résultat.
—	—	Respire bien par le nez, entend bien.
—	—	— bonne audition.
—	—	Plus d'otite, entend bien, bon résultat.
veur.	Cocaïne.	Audition revenue.
iatome.	Bromure.	Bon résultat.
veur.	Cocaïne.	— insuffisance et surdité disparues.
iatome.	Bromure.	—
rée à la pince. tion en une séance avec cheyron.	Pas d'anesthésie.	Résultat immédiat bon.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DES OBSERVATIONS

Anesthésie bromethylique. — Dans cette longue série d'observations nous n'avons pas un seul accident sérieux causé par le bromure d'éthyle.

Il y a eu quelques cas de contracture des mâchoires qui, d'ailleurs, ne sont pas signalés, parce qu'ils ont tous cédé à une nouvelle dose d'anesthésique.

Accidents immédiats et consécutifs. — Ils sont à peu près nuls.

Deux fois seulement il y a eu hémorragie primitive (Obs. 7 et 52).

La première a cédé à des injections d'eau chaude, la seconde a nécessité le tamponnement. Toutes les deux provenaient de la section de l'éperon du vomer par l'adénotome (cas assez fréquent d'hémorragie, Helme).

L'hémorragie secondaire ne s'est jamais produite.

Comme complications septiques, nous ferons remarquer d'une manière toute particulière combien l'opération a été bénigne.

Pas un cas d'otite secondaire.

Pas un cas d'infection ganglionnaire ou généralisée.

Résultats éloignés. — En parcourant la dernière colonne du tableau, il est facile de constater que toute les réponses reçues ou les notes prises sur les malades sont parfaitement concordantes pour démontrer les bons effets de l'opération.

Les enfants, qui forment la majeure partie des opérés, présentaient presque tous de l'insuffisance nasale et des troubles otiques. Ces symptômes ont disparu ; l'audition est redevenue normale, les bourdonnements, les douleurs d'oreilles, s'il y en avait, ont cessé ; les écoulements rebelles se sont taris.

Du côté des voies nasales, l'amélioration est aussi constante ; la respiration n'est plus gênée, les coryzas aigus à répétition, la toux réflexe n'ont plus reparu.

Ici cependant nous remarquons que certains sujets ont encore de l'obstruction nasale. Les parents disent que le nez n'est pas complètement débouché, qu'il y a de l'enchifrênement, de la difficulté pour respirer, que l'enfant mouche peu ou qu'il a toujours la bouche ouverte.

Mais ces troubles d'insuffisance nasale ne relèvent nullement de l'ablation des végétations adénoïdes.

Il faut établir deux catégories de malades.

Les uns ont pris la mauvaise habitude de tenir la bouche béante et ne savent pas respirer par le nez.

C'est une éducation à faire, un soin laissé aux parents. On peut, à cet effet, employer la mentonnière élastique de Lermoyez, destinée à maintenir la bouche fermée.

Dans les cas où il y a atrophie de l'orbiculaire des lèvres, l'électrisation est indiquée.

Les autres ne bénéficient pas pleinement de l'opération parce qu'ils conservent de la rhinite hypertrophique qui accompagne presque toujours les végétations. Si les résultats, de ce côté, sont quelquefois insuffisants, il faut accuser non l'opération, mais l'opérateur, qui a négligé de soigner ultérieurement cette rhinite. Le tableau nous montre que ces cas ont été surtout fréquents à l'hôpital, où cette complication a été un peu oubliée ; involontairement d'ailleurs, car l'installation d'électro-thérapie a fait défaut.

Récidives. — Si nous observons quelques récidives, c'est que l'opération avait été incomplète la première fois. (Obs. 9, 24, 137, 625.)

Végétations adénoïdes de nature tuberculeuse. — Chaque fois qu'il y a eu un cas suspect, l'examen histologique a été fait. Cet examen n'a jamais révélé la nature tuberculeuse de la végétation. Sans dire que le bacille de Koch n'est jamais en cause dans l'évolution des végétations adénoïdes, nous pouvons conclure que cette étiologie est loin d'avoir l'importance que lui ont attribuée certains auteurs (Dieulafoy).

CONCLUSIONS

1° L'ablation des végétations est une opération bénigne et excellente au point de vue des résultats opératoires ;

2° Dès que le diagnostic en a été établi et qu'il n'existe pas de contre-indication, on doit les traiter chirurgicalement, en se rappelant que tous les moyens médicaux sont impuissants à les faire régresser ;

3° L'enfant jeune retire de l'opération des bénéfices rapides et complets ; l'adulte, au contraire, à cause des complications plus avancées et parfois définitives, n'en retire qu'une amélioration imparfaite. Il faut donc opérer le plus tôt possible ;

4° L'anesthésie au bromure d'éthyle pur doit être préférée à toutes les autres ;

5° Le trop de précautions antiseptiques ne nuit jaavant de commencer une opération ; mais, pour cette opération, nous jugeons inutiles les lavages naso-pharyngiens avant et après l'ablation ;

6° L'enfant opéré doit éviter toute cause de refroi-

dissement et d'infection. L'isolement pendant quinze jours est nécessaire dans un milieu suspect, pour donner à la plaie le temps de se refermer. Nous n'avons eu aucun accident secondaire infectieux ;

7° L'ablation des végétations n'a pas le caractère d'une grande opération. Elle n'implique pas la nécessité de se rendre à domicile, de même qu'elle n'exige pas le maintien au lit d'une manière régulière ;

8° L'ablation seule ne suffit pas toujours à débarrasser le malade des symptômes qu'il accuse. Les complications nasales réclament, en particulier, des soins ultérieurs (cautérisations, ablation de la queue des cornets), de même que les troubles otiques, une fois leur cause première enlevée, deviennent justiciables du traitement ordinaire ;

9° Enfin, dans la question du manuel opératoire, nous restons fidèles à certaines règles particulières (manière de tenir l'adénotome, coup de poire de Politzer) qui ont fait leurs preuves par les résultats acquis.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
Dr JEANNEL.

Vu : *Le Doyen*,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer,

Toulouse, le 16 décembre 1900.

Le Recteur,
Président du conseil de l'Université,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ISTRIA.

TOULOUSE. IMP. — LAGARDE ET SEBILLE, RUE ROMIGUIÈRES, 2.